

健 康 診 査 証 明 書

氏 名		性別	男・女	生年月日	M・T・S	年 月 日
住 所						
既 往 歴						
現 疾 患						
胸部レントゲン						
尿 定 性 検 査	蛋白 () 潜血 () 糖 ()					
心 電 図						
血 壓 測 定	BP / P					
伝 染 性 疾 患	結 核					
	B型肝炎	HBs抗原 (+ · -) HBs抗体 (+ · -) [検査データ添付]				
	C型肝炎	HCV抗体 (+ · -) [検査データ添付]				
	梅 毒	TPHA (+ · -) [検査データ添付]				
一般血液検査 (必要項目)	赤血球・白血球・HGB・HCT・PLT・TP・ALB・BS・HbA1c・中性脂肪・AST・ALT γ-GT・総コレステロール・LDL-C・HDL-C・BUN・クレアチニン [検査データ添付]					
身 長 ・ 体 重	身長(cm) • 体重(kg)					
聴 力 ・ 視 力	聴力() • 視力()					
認知症・精神の 症状						
医 師 の 意 見	*現在の内服情報 他					
上記の通り相違ないことを証明する。						
年 月 日						
住所						
診査医師 氏名						
印						